

# Solicitud para la Cobertura de Salud y Ayuda para el Pago de Costos

Formulario Aprobado  
OMB No. 0938-1191

LO QUE DEBE SABER



## Use esta solicitud para saber las opciones de cobertura para las que califica

- Planes de seguros de salud privados disponibles que ofrecen una cobertura completa que le ayudarán a mantenerse sano
- Un nuevo crédito de impuestos que puede ayudar inmediatamente al pago de sus primas para la cobertura de salud
- Seguro sin costo o a un costo bajo de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

**Es posible que califique para un programa sin costo o a un costo bajo aún si gana tanto como \$94,000 al año (para una familia de 4).**



## ¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Presente la solicitud aún si su hijo ya tiene una cobertura médica. Podría ser elegible para una cobertura de menor costo o sin costo.
- Si es soltero, usted puede usar un formulario corto. Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov).
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden hacer su solicitud. Usted puede solicitarla para su hijo aún si usted no es elegible para la cobertura. Llenar la solicitud no afectará su estatus de inmigración o la posibilidad de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a llenar esta solicitud, podría necesitar completar el Apéndice C.



## Solicite más rápidamente por Internet

Solicite más rápidamente en línea en [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov).



## Qué es lo que pudiera necesitar para la solicitud

- Número de Seguro Social (o números de los documentos para los inmigrantes legales que necesitan el seguro)
- Información del empleador y de ingresos para cada persona en su familia (por ejemplo, talón de pagos, formularios W-2, o declaraciones de salarios e impuestos)
- Números de pólizas de todos los seguros médicos actuales
- Información sobre cualquier seguro médico por su trabajo disponible para su familia



## ¿Por qué le pedimos esta información?

Le pedimos información sobre su ingreso y lo demás para hacerle saber para cuál cobertura califica y si puede obtener alguna ayuda para su pago. **Mantendremos toda la información que nos proporcione en forma privada y segura como lo requiere la ley.** Para ver la declaración de la Ley de Confidencialidad, visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o vea las instrucciones.



## ¿Qué sigue después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección que aparece en la página 7. **Si no tiene toda la información que le pedimos, firme y presente su solicitud de todas maneras.** Le daremos seguimiento en 1-2 semanas. Recibirá instrucciones sobre los pasos siguientes para completar su cobertura de salud. Si no tiene noticias nuestras, visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llame al **1-800-318-2596**. El llenar esta solicitud no significa que tenga que comprar la cobertura de salud.



## Consiga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov)
- **Por teléfono:** Llame a nuestro Centro de Ayuda al **1-800-318-2596**.
- **En persona:** Pueden haber asesores en su zona para ayudarle. Visite nuestra página web o llame al **1-800-318-2596** para información adicional.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al **1-800-318-2596**.

10/2013



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

## PASO 1 Díganos sobre usted.

(Necesitamos un adulto de la familia que será la persona a contactar para su solicitud.)

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. Dirección de casa (Deje el espacio en blanco si no tiene una.)			3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado [ ][ ]	6. Código Postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	7. Condado
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección de casa)			9. Número de apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado [ ][ ]	12. Código Postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	13. Condado
14. Número de teléfono ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]		15. Otro número de teléfono ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	
16. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección de correo electrónico: _____			
17. Idioma preferido hablado o escrito (si no es inglés)			

## PASO 2 Díganos sobre su familia.

### ¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Díganos quiénes son todos los miembros de la familia que viven con usted. Si declara los impuestos, necesitamos saber sobre cada persona que aparece en su declaración de impuestos. (No necesita declarar los impuestos para obtener una cobertura de salud).

#### Incluya:

- A usted
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja no casada que necesita cobertura de salud
- Cualquier persona que incluye en su declaración de impuestos, aún si no viven con usted
- Cualquier persona menor de 21 años a la que cuida y vive con usted

#### NO tiene que incluir:

- Su pareja no casada que no necesita cobertura de salud
- Los hijos de su pareja no casada
- Sus padres que viven con usted, pero que declaran sus propios impuestos (si es usted mayor de 21 años)
- Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos

La cantidad de asistencia o tipo de programa al que califica depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos que cada persona consiga la mejor cobertura posible.

**Complete el Paso 2 para cada persona de su familia.** Comience con usted, luego incluir los otros adultos y niños. Si tiene más de 2 personas en su familia, necesitará hacer una copia de las páginas y adjuntarlas. No necesita darnos el estatus de inmigración o el Número de Seguro Social (SSN) de los miembros de la familia que no necesitan cobertura de salud. Mantendremos toda la información que nos proporciona en forma privada y segura como lo requiere la ley. Usaremos información personal sólo para verificar si es elegible para la cobertura de salud.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

## PASO 2: PERSONA 1 (Comience con usted)

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para información adicional sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es la relación con usted?

**YO MISMO**

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

□□ / □□ / □□□□

4. Sexo

Hombre  Mujer

5. Número de Seguro Social (SSN)

□□□□ - □□□ - □□□□□□

**Necesitamos esto si quiere una cobertura médica y tiene un SSN.** Aun si no desea la cobertura médica para usted, el proporcionarnos su SSN puede ser de utilidad ya que esto puede acelerar el proceso de solicitud. Usamos los SSN para verificar el ingreso e información adicional para determinar quién es elegible para recibir ayuda con los costos de la cobertura de salud. Si alguien necesita ayuda para conseguir un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.

6. **¿Piensa presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**

(Usted puede solicitar la cobertura médica aún si no presenta una declaración del impuesto federal.)

**SÍ.** Por favor responda a las preguntas a-c.  **NO.** Vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará su declaración conjuntamente con su cónyuge?  Sí  No

**Si.** Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Reclamará a algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

**Si.** Indique los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_

c. ¿Será reclamado como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?  Sí  No

**Si.** Indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con la persona que presenta la declaración de impuestos? \_\_\_\_\_

7. ¿Está embarazada?  Sí  No a. **Si.** ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo?

8. **¿Necesita cobertura médica?**

(Aún si tiene seguro, debe haber un programa con una mejor cobertura o menor costo.)

**SÍ.** Conteste todas las preguntas de abajo. 

**NO.** VAYA a las preguntas sobre el ingreso en la página 3.  Deje el resto de esta página en blanco.

9. ¿Tiene algún problema de salud físico, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (al bañarse, vestirse, hacer sus tareas diarias, etc.) o vive en alguna institución médica o asilo de ancianos?  Sí  No

10. ¿Es usted ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.?  Sí  No

11. **Si usted no es ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU., ¿tiene una condición inmigratoria elegible? (Vea las instrucciones).**

Sí. Llene el tipo de su documento y número de identificación (ID) abajo.

a. Tipo de documento de inmigración

\_\_\_\_\_

b. Número de ID del documento

□□□□□□□□□□□□□□□□

c. ¿Ha vivido en los EE.UU. desde 1996?  Sí  No

d. ¿Es usted o su cónyuge o padre un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.?  Sí  No

12. ¿Desea ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No

13. ¿Vive por lo menos con un hijo menor de 19 años y es usted la persona principal que se hace cargo del mismo?  Sí  No

14. ¿Es estudiante de tiempo completo?  Sí  No

15. ¿Estuvo bajo tutela temporal a los 18 años o más?  Sí  No

16. **Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

Mexicano  Mexicano Americano  Chicano/a  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

17. **Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

Blanco  Indio Americano o Nativo de Alaska  Filipino  Vietnamita  Guameño o Chamorro  
 Negro o Afroamericano  Indio Asiático  Japonés  Otro Asiático  Samoano  
 Chino  Coreano  Nativo Hawaiano  Otros Isleños del Pacífico  Otro \_\_\_\_\_



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

## PASO 2: PERSONA 1 (Continuación)

### Trabajo Actual e Información de Ingresos

- Empleado** Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 18.
- Sin empleo:** Vaya a la pregunta 28.
- Por cuenta propia:** Vaya a la pregunta 27.

#### TRABAJO ACTUAL 1:

18. Nombre del patrón \_\_\_\_\_

a. Dirección del patrón \_\_\_\_\_

b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	19. Número de teléfono del patrón
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>

20. Salarios/propinas (antes de impuestos)	21. Horas promedio trabajadas cada SEMANA
\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	<input type="text"/>

#### TRABAJO ACTUAL 2: (Si usted tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

22. Nombre del patrón \_\_\_\_\_

a. Dirección del patrón \_\_\_\_\_

b. Ciudad	c. Estado	d. Código postal	23. Número de teléfono del patrón
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>

24. Salarios/propinas (antes de impuestos)	25. Horas promedio trabajadas cada SEMANA
\$ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	<input type="text"/>

26. **En el último año, usted:**  Cambió de trabajos  Dejó de trabajar  Comenzó a trabajar menos horas  Ninguno de estos

#### 27. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes? (Vea las instrucciones.) \$

28. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si no los recibe, marque aquí

**NOTA:** No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por rentas/regalías	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Tipo: _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____			

29. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si usted paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, al darnos esta información el costo de la cobertura médica pudiera ser un poco menor.

**NOTA:** No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 27b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otras deducciones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Tipo: _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____

#### 30. INGRESO ANUAL: Completar solamente si su ingreso cambia de mes a mes.

Si no espera cambios en su ingreso mensual, pase a la persona siguiente. ➔

Su ingreso total <b>este año</b>	Su ingreso total <b>el próximo</b> año (si considera que será diferente)
\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>

**¡GRACIAS!**  
Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al 1-800-318-2596. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-800-318-2596. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al 1-800-318-2596, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-855-889-4325.

## PASO 2: PERSONA 2

**Si tiene más de dos personas para incluir, haga una copia del Paso 2: Persona 2 (páginas 4 y 5) y llénelas.**

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para información adicional sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aún debe incluir a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
2. ¿Cuál es la relación con usted?		3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
5. Número de Seguro Social (SSN) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<b>Necesitamos esto si quiere una cobertura médica y tiene un SSN.</b>	

6. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que usted?  Sí  No  
**Si no, indique la dirección:** \_\_\_\_\_

7. **¿Piensa la PERSONA 2 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**  
 (Usted puede solicitar el seguro de gastos médicos aún si la segunda persona no presenta una declaración del impuesto federal.)

**SÍ.** Por favor responda a las preguntas a-c.  **NO.** Vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará la PERSONA 2 su declaración conjuntamente con su cónyuge?  Sí  No  
**Si.** Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Reclamará la PERSONA 2 a algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No  
**Si.** Indique los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_

c. ¿Será la PERSONA 2 reclamada como un dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?  Sí  No  
**Si.** Por favor indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es la relación de la PERSONA 2 con el que presenta la declaración de impuestos? \_\_\_\_\_

8. ¿Está la PERSONA 2 embarazada?  Sí  No a. **Si.** ¿Cuántos bebés espera tener durante este embarazo?

9. **¿Necesita la PERSONA 2 cobertura médica?**  
 (Aún si tienen seguro, debe haber un programa con una mejor cobertura o menor costo.)

**SÍ.** Conteste todas las preguntas de abajo.  **NO.** PASE a las preguntas sobre el ingreso en la página 5.

10. ¿Tiene la PERSONA 2 algún problema de salud físico, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (al bañarse, vestirse, tareas diarias) o vive en una institución médica o asilo de ancianos?  Sí  No

11. ¿Es la PERSONA 2 ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.?  Sí  No

12. **Si la PERSONA 2 no es ciudadana de los EE.UU. o nacional de los EE.UU., ¿tiene un estatus de inmigración elegible? (Vea las instrucciones).**

Sí. Llene el tipo de su documento y número de identificación (ID) abajo.

a. Tipo de documento de inmigración \_\_\_\_\_

b. Número de ID del documento

c. ¿Ha vivido la PERSONA 2 en los EE.UU. desde 1996?  Sí  No

d. ¿Es la PERSONA 2, o su cónyuge o padre un veterano o miembro en funciones de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.?  Sí  No

13. ¿Desea la PERSONA 2 ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	14. ¿Vive la PERSONA 2 con por lo menos un hijo menor de 19 años y es la persona principal que se hace cargo del mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15. ¿Estuvo la PERSONA 2 bajo tutela temporal a los 18 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	---

**Por favor responda las siguientes preguntas si la PERSONA 2 tiene 22 años o menos:**

16. ¿Tuvo la PERSONA 2 un seguro a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses?  Sí  No

a. **Si sí,** fecha de terminación: \_\_\_\_\_ b. Motivo por el cual se terminó el seguro: \_\_\_\_\_

17. ¿Es la PERSONA 2 un estudiante de tiempo completo?  Sí  No

18. **Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

Mexicano  Mexicano Americano  Chicano/a  Puertorriqueño  Cubano  Otro \_\_\_\_\_

19. **Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Samoano
	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otros Isleños del Pacífico
				<input type="checkbox"/> Otro _____

**Ahora, díganos sobre cualquier ingreso de la PERSONA 2 en la parte de atrás.**

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

## PASO 2: PERSONA 2 (Continuación)

### Trabajo Actual e Información de Ingresos

- Empleado** Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 20.
- Sin empleo:** Vaya a la pregunta 30.
- Por cuenta propia:** Vaya a la pregunta 29.

#### TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre del patrón \_\_\_\_\_

a. Dirección del patrón \_\_\_\_\_

b. Ciudad	c. Estado [ ][ ]	d. Código postal [ ][ ][ ][ ][ ]	21. Número de teléfono del patrón ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]
-----------	---------------------	-------------------------------------	---

22. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	23. Horas promedio trabajadas cada SEMANA [ ][ ][ ]
--	--	--

#### TRABAJO ACTUAL 2: (Si usted tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

24. Nombre del patrón \_\_\_\_\_

a. Dirección del patrón \_\_\_\_\_

b. Ciudad	c. Estado [ ][ ]	d. Código postal [ ][ ][ ][ ][ ]	25. Número de teléfono del patrón ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]
-----------	---------------------	-------------------------------------	---

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	27. Horas promedio trabajadas cada SEMANA [ ][ ][ ]
--	--	--

28. **En el último año, la PERSONA 2:**  Cambió de trabajos     Dejó de trabajar     Comenzó a trabajar menos horas     Ninguno de estos

#### 29. Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias una vez que se han cubierto los gastos de su negocio) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes? (Vea las instrucciones.) \$ [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

30. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si no los recibe, marque aquí

**NOTA:** No necesita decirnos sobre la pensión para menores, pago a veteranos o Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI).

<input type="checkbox"/> Desempleo	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por actividades agrícolas/pesca	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensiones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Neto por rentas/regalías	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Seguro Social	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otros ingresos	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Cuentas de retiro	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Tipo: _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia recibida	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____			

31. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si la PERSONA 2 paga por ciertas cosas que pueden deducirse en la declaración de impuestos federales, al darnos esta información el costo de la cobertura médica pudiera ser un poco menor.

**NOTA:** No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 29b).

<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia pagada	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otras deducciones	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____	Tipo: _____	\$ _____	¿Con qué frecuencia? _____

32. **INGRESO ANUAL:** Complete solamente si el ingreso de la PERSONA 2 cambia de mes a mes. Si no espera cambios en los ingresos de la PERSONA 2, pase a la persona siguiente. ➔

Ingreso total de la PERSONA 2 este año \$ [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	Ingreso total de la PERSONA 2 para el próximo año (si considera que será diferente) \$ [ ][ ][ ][ ][ ][ ]
---	--

**¡GRACIAS!**  
Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 2.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al 1-800-318-2596. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al 1-800-318-2596. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al 1-800-318-2596, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-855-889-4325.

## PASO 3 Miembro(s) Indio Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN) de una familia.

1. ¿Es usted o algún miembro de su familia Indio Americano o Nativo de Alaska?

- NO.** Vaya al Paso 4.  
 **SÍ.** Vaya al Apéndice B.

## PASO 4 Su Cobertura de Salud Familiar.

Conteste estas preguntas para cualquiera que necesite la cobertura médica.

1. ¿Hay alguna persona registrada ahora en alguna de las siguientes coberturas de salud?

- SÍ.** Verifique el tipo de cobertura y escriba el nombre(s) de la persona(s) junto a la cobertura que tienen.  **NO.**
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid _____  | <input type="checkbox"/> Seguro por el patrón _____  |
| <input type="checkbox"/> CHIP _____  | Nombre del seguro de salud: _____  |
| <input type="checkbox"/> Medicare _____  | Número de la póliza: _____   |
| <input type="checkbox"/> TRICARE (No la marque si tiene atención médica directa o en Cumplimiento de su Deber) | ¿Es esta una cobertura COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No        |
| _____  | ¿Es un plan de salud para retirados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Programas de atención de la salud VA  | <input type="checkbox"/> Otro  |
| _____  | Nombre del seguro de salud: _____  |
| <input type="checkbox"/> Cuerpo de Paz   | Número de la póliza: _____   |
| _____  | ¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares)?          |
|  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                      |

2. ¿Hay alguna persona indicada en esta solicitud que se le ofreció una cobertura médica de un trabajo?

Marque sí, aún cuando la cobertura es del trabajo de alguien más, como es el padre o cónyuge.

- SÍ.** Tendrá que completar e incluir el Apéndice A. ¿Es este un plan estatal de beneficios para empleados?  Sí  No  
 **NO.** Vaya al Paso 5.

## PASO 5 Lea y firme esta solicitud en la próxima página.

- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio lo que significa que he contestado con la verdad a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a multas bajo la ley federal si proporciono información falsa.
- Sé que debo informarle al Mercado de Seguros Médicos si algo cambia (y es diferente) de lo que escribí en esta solicitud. Puedo visitar [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llamar al **1-800-318-2596** para informar de los cambios. Entiendo que un cambio en mi información pudiera afectar la elegibilidad para un miembro(s) de mi casa.
- Sé que según la ley federal, no se permite la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o incapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Entiendo que la información de esta solicitud solamente se utilizará para determinar mi elegibilidad para un seguro médico y que será confidencial tal y como lo estipula la ley.
- ¿Usted o alguna otra persona que está solicitando cobertura de salud en esta solicitud se encuentra preso (detenido o en la cárcel)?  Sí  No  
 Si **respondió sí**, escriba su nombre aquí: \_\_\_\_\_  
 Si la persona está pendiente de disposición, marque el casillero.

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para ayuda en el pago de la cobertura médica si usted elije solicitarla. Verificaremos sus respuestas usando la información en nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Rentas Internas (IRS), Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/o una agencia de informes de solvencia. Si la información no coincide, es probable que le pidamos nos envíe evidencia.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

## PASO 5 (Continuación)

### Renovación de la cobertura en años próximos

Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para la ayuda de pago de la cobertura de salud en los próximos años, estoy de acuerdo en permitir que el Mercado utilice los datos de ingresos, incluyendo la información de la declaración de impuestos. El Mercado me enviará un aviso, dejándome hacer cualquier cambio y tengo la opción de exclusión en cualquier momento.

Sí, renueva mi elegibilidad en forma automática para los próximos

5 años (el máximo número de años permitido), o por un menor número de años:

4 años  3 años  2 años  1 año

No utilice la información de mi declaración de impuestos para renovar mi cobertura.

### Si cualquiera en esta solicitud es elegible para Medicaid

- Le doy a la agencia de Medicaid nuestros derechos para proseguir y obtener dinero de otro seguro médico, resolución jurídica u otros terceros. También le estoy dando a la agencia de Medicaid los derechos para proseguir y obtener ayuda médica de un cónyuge o padre.
- ¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre viviendo fuera de casa?  Sí  No
- Si sí, yo sé que me pedirán cooperar con la agencia que recauda los pagos de ayuda médica de un padre ausente. Si considero que el cooperar para recaudar los pagos de ayuda médica me causará daño a mí o a mi hijo, yo puedo decirle a Medicaid y es posible que no tenga que cooperar.

### ¿Qué puedo hacer si me dicen que no soy elegible y creo que están equivocados?

En la mayoría de los casos puede apelar la decisión. Busque en el aviso de elegibilidad las instrucciones para apelar para cada persona de su hogar y los plazos. Tenga en cuenta:

- Si lo desea puede pedirle a alguien que apele o participe en su apelación. Dicha persona puede ser un amigo, familiar, abogado u otro. O puede apelar por usted mismo.
- Si usted presenta el recurso de apelación podría mantener su elegibilidad hasta que se decida sobre su apelación.
- El resultado de su apelación podría afectar la elegibilidad de los otros miembros del hogar.

Para apelar, ingrese a su cuenta del Mercado de seguros en [CuidadoDeSalud.gov/marketplace/individual](https://CuidadoDeSalud.gov/marketplace/individual) o llame al **1-800-318-2596**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-889-4325**. También puede mandar el formulario de apelación o una carta a **Health Insurance Marketplace**, Dept. of Health and Human Services, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Usted puede apelar una decisión sobre elegibilidad, periodo de inscripción, crédito fiscal, reducciones a los costos compartidos, Medicaid y CHIP a través del Mercado de seguros. Si es elegible para una reducción de los costos compartidos o para el crédito fiscal, puede apelar el monto. Según el estado en el que reside, tal vez pueda hacerlo a través de Mercado de seguros o de la agencia estatal encargada de Medicaid y CHIP.

**Firme esta solicitud.** La persona que llenó el Paso 1 deberá firmar esta solicitud. Si es un representante autorizado podrá firmar aquí, siempre y cuando haya proporcionado la información requerida en el Apéndice C.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)						
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">□□</td> <td style="width: 5%;">/</td> <td style="width: 25%;">□□</td> <td style="width: 5%;">/</td> <td style="width: 25%;">□□□□</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>	□□	/	□□	/	□□□□	
□□	/	□□	/	□□□□			

## PASO 6 Envíe por correo su solicitud completada.

Envíe por correo su solicitud firmada a:

**Mercado de Seguros Médicos**  
**Departamento de Salud y Servicios Humanos**  
**465 Industrial Blvd.**  
**London, KY 40750-0001**

Si desea registrarse para votar, puede completar un formulario de registro del votante en [usa.gov](https://usa.gov).

### Declaración de Divulgación PRA

De conformidad con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, a ninguna persona se le exige responder a la recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para la recopilación de esta información es 0938-1191. El tiempo que se requiere para completar esta recopilación de información se estima en promedio en 45 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunión de los datos necesarios y completar y revisar la información recolectada. Si tiene comentarios relacionados con la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](https://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

## Cobertura de Salud de Trabajos

Usted **NO** necesita contestar estas preguntas a menos que alguna persona de la casa sea elegible para la cobertura médica de un trabajo. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrece cobertura.

### Díganos acerca del trabajo que ofrece la cobertura.

Lleve la Solicitud de Cobertura del Empleador en la página siguiente al patrón que ofrece cobertura para que le ayude a contestar estas preguntas. Sólo necesita incluir esta página cuando envíe su solicitud, no el formulario de la Cobertura del Empleador.

### Información del empleado

1. Nombre del empleado (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado [ ][ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ]
--	---

### Información del empleador

3. Nombre del patrón	4. Número de Identificación Patronal (EIN) [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
5. Dirección del patrón	6. Número de teléfono del patrón ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ]	
7. Ciudad	8. Estado [ ][ ]	9. Código Postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ]
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) ( [ ][ ][ ] ) [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ]	12. Dirección de correo electrónico	

13. **¿Actualmente es elegible para la cobertura ofrecida por este patrón, o será elegible en los próximos 3 meses?**

**Sí** (Continuar)

13a. **Si usted esta en un período de espera o de prueba, ¿cuándo puede registrarse en la cobertura? (mm/dd/aaaa)**  
[ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

Indique los nombres de otras personas que son elegibles para la cobertura médica de este trabajo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

**No** (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud)

### Díganos sobre el plan médico que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el patrón un plan médico que cumpla con el estándar mínimo de valor\*?  Sí  No

15. Para el plan de menor costo que cumple el estándar mínimo de valor\* ofrecido **solamente al empleado** (no incluye planes familiares): Si el patrón tiene programas de bienestar, provea la prima que el empleado pagaría si él/ella recibiera el máximo descuento por cualquiera de los programas para dejar de fumar y no recibió ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas para este plan? \$ [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  
 Una vez al mes  Trimestralmente  Anualmente

16. ¿Qué cambio hará el patrón para el año nuevo del plan? (si se conoce)

El patrón no ofrecerá cobertura de salud

El patrón comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible sólo para el empleado que cumpla con el estándar mínimo de valor.\* (La prima deberá reflejar el descuento por los programas de bienestar. Ver la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado de primas para este plan? \$ [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

b. ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  
 Una vez al mes  Trimestralmente  Anualmente

c. Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

\*Un plan de salud patrocinado por el patrón cumple con el "estándar mínimo de valor" si la parte del total de los costos de beneficios asignados cubiertos por el plan no es menor del 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986)



**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

# SOLICITUD DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Use esta solicitud para que le ayude a responder las preguntas del Apéndice A de la solicitud del Mercado de seguros. Las preguntas de dicho Apéndice se refieren a cualquier cobertura médica patrocinada por un empleador a la que sea elegible (inclusive si es por el empleo de otra persona, como un padre o cónyuge). La información en los casilleros numerados abajo es igual a la de los casilleros del Apéndice A. Por ejemplo, usted puede usar la respuesta a la pregunta 14 de esta página para responder a la pregunta 14 del Apéndice A. **Escriba su nombre y Número de Seguro Social en los casilleros 1 y 2 y pídale al empleador que llene el resto del formulario. Complete un formulario por cada empleador que ofrezca la cobertura para la cual es elegible.**



## Información del EMPLEADO

El empleado debe llenar esta sección.

1. Nombre (Primer, Segundo y Apellido)	2. Número de Seguro Social <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--



## Información del EMPLEADOR

Pídale esta información al empleador.

3. Nombre	4. Número de Identificación (EIN) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>
5. Dirección del empleador (el Mercado de seguros enviará las notificaciones a esta dirección)	6. Teléfono ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Ciudad	8. Estado <input type="text"/> <input type="text"/>
	9. Código Postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10. ¿Con quién podemos hablar en esta empresa, sobre la cobertura médica para los empleados?	
11. Teléfono (si es diferente al de arriba) ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	12. Dirección de correo electrónico

13. **¿Es el empleado actualmente elegible para la cobertura médica ofrecida por este empleador, o lo será en los 3 próximos meses?**

**Sí** (Vaya a la pregunta 13a.)  
 13a. Si el empleado no es elegible hoy, entre otros motivos por estar en un período de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible?  
 \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) (Vaya a la siguiente pregunta)

**No** (PARE y devuélvale el formulario al empleado)

## Infórmenos sobre el plan médico ofrecido por este empleador

¿Ofrece el empleador un plan médico que también cubre al cónyuge o dependiente del empleado?

**SÍ.** ¿A quién cubre?  Esposo/a  Dependiente(s)

**NO**

(Vaya a la pregunta 14)

14. ¿Ofrece el empleador un plan que cumple el requisito de valor mínimo\*?

Sí. (Vaya a la pregunta 15)  No (PARE y devuélvale el formulario al empleado)

15. Para el plan de más bajo costo que cumple el requisito de valor mínimo\* ofrecido **solamente al empleador** (no incluya los planes familiares): Si el empleador ofrece programas de bienestar, díganos cuánto es la prima que pagaría el empleado si recibiera el descuento máximo de cualquier programa para dejar de fumar, y no recibió otros descuentos de los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto le costará al empleado la prima de este plan? \$

b. ¿Cuándo la paga?  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  Trimestral  Anual (Continúe)

Si el año de cobertura del plan está por terminar y usted sabe que los planes ofrecidos cambiarán, vaya a la pregunta 16. Si no lo sabe, PARE y devuélvale el formulario al empleado.

16. ¿Cuál es el cambio que hará el empleador para el nuevo año?

El empleador no ofrecerá un seguro médico  
 El empleador empezará a ofrecerle un seguro médico a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo que cumpla el requisito de valor mínimo.\* (Para el empleado solamente) (La prima debe reflejar el descuento por los programas de bienestar. Vea la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto le costará al empleado la prima de este plan? \$

b. ¿Cuándo la paga?  Semanal  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes  Trimestral  Anual

c. Fecha del cambio (mm/dd/aaaa):   /   /

\*Se considera que un plan ofrecido por un empleador cumple el "requisito de valor mínimo", si la contribución del plan al costo total autorizado del beneficio cubierto equivale por lo menos al 60 por ciento del costo (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).


**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) o llámenos al **1-800-318-2596**. Para obtener una copia de este formulario en inglés, llame al **1-800-318-2596**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al inglés, llame al **1-800-318-2596**, y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-855-889-4325**.

## Miembro de la Familia Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este apéndice si usted o un miembro de su familia es Indio Americano o Nativo de Alaska. Presente con este documento su Solicitud para la Cobertura Médica y Ayuda para el Pago de Costos.

### Díganos sobre el (los) (miembro(s) de la familia Indios Americanos o Nativos de Alaska.

Los Indios Americanos y Nativos de Alaska pueden obtener los beneficios de los Servicios de Salud para Indios, los programas de salud tribales o los programas de salud urbanos para Indios. Es posible que tampoco tengan que pagar parte del costo y puedan conseguir períodos especiales mensuales para su inscripción. Responda las preguntas siguientes para asegurarse que su familia reciba la mayor ayuda posible.

**NOTA:** Si tiene que incluir a más personas, haga una copia de esta página y adjúntela.

	AI/AN PERSONA 1	AI/AN PERSONA 2
1. Nombre (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)	Primer nombre      Segundo nombre	Primer nombre      Segundo nombre
	Apellido	Apellido
2. ¿Miembro de una tribu federalmente reconocida?	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de la tribu _____  <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí Nombre de la tribu _____  <input type="checkbox"/> No
3. ¿Alguna vez esta persona ha recibido un servicio del Servicio de Salud para Indios, de un programa de salud tribal, o un programa de salud urbano para Indios, o mediante una referencia de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si no</b> ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o con una referencia de uno de estos programas?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si no</b> ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o mediante una referencia de uno de estos programas?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Es posible que cierta cantidad de dinero recibida no cuente para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Indique todos los ingresos (cantidad y frecuencia) reportados en su solicitud que incluyan las cantidades de esas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías</li> <li>• Pagos de recursos naturales, agrícolas, ranchos, pesca, rentas o regalías de la tierra designada como fideicomiso de Indios por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y anteriores reservas)</li> <li>• Dinero de la venta de cosas que tienen una significancia cultural</li> </ul>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  ¿Con qué frecuencia? _____	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  ¿Con qué frecuencia? _____



## Asistencia para Completar esta Solicitud

### Puede seleccionar un representante autorizado.

Usted puede autorizar a una persona de su confianza para hablar sobre la solicitud, ver la información que contiene y discutirla y firmarla en nombre suyo. A esta persona se le conoce como "representante autorizado". Si en algún momento cambia a su representante autorizado, debe comunicárselo al Mercado de seguros. Si usted es un representante designado legalmente para alguien en esta solicitud, presente evidencia con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado <input type="text"/> <input type="text"/>	6. Código Postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Número de teléfono ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
8. Nombre de la organización		
9. Número de identificación (ID) <input type="text"/> <input type="text"/>		
Con su firma, usted autoriza a esta persona a obtener información sobre la solicitud, firmarla y a representarlo en todos los asuntos futuros relacionados con la solicitud.		
10. Su firma		11. Fecha (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### Para consejeros certificados de solicitudes, navegadores, agentes y corredores solamente.

Complete esta sección si usted es un consejero certificado de solicitudes, navegador, agente o corredor que llena esta solicitud para alguien más.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo	
3. Nombre de la organización	
4. Número de identificación (ID) <input type="text"/> <input type="text"/>	5. Solamente para los agentes/corredores: Número NPN <input type="text"/> <input type="text"/>

